**Patientendaten**

Name Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Wie sollen wir den/die Patient\*in kontaktieren?

E-Mail

Telefon

Zusatzversicherung für Komplementäre Medizin

Ja

Nein

## **Überweisungsgrund / Fragestellung**

## **Diagnose**

**Therapie (Optional, Mehrfachauswahl möglich)**

**Ärztliche Leistungen**

Ayurvedische Sprechstunde

Integrative Sprechstunde

Hormon Sprechstunde

**Therapeutische Leistungen**

Atemtherapie

Ayurvedische Ernährungsberatung

Ayurvedische Massage

Ayurvedische Beratung

Shiatsu

Yogatherapie

Manuelle Lymphdrainage

Myoreflextherapie

Fusszonenreflextherapie

Phytotherapie

**Zusatzleistungen**

Klassische Ernährungsberatung

Onkologische Ernährungsberatung

Mikronährstoffanalyse, Mikrobiomanalyse